3537102

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Centro Especializado en Vacunación
Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V07 R07 021
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alejandra Rodriguez | ASISTENTE: Juliana Enciso | FECHA: 11 SEP 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] | HORA ENTRADA : | HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO												
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Luz Elena Torres Calle	52708819	06-06-78	O+	Tunjuelito		3012536179	Compensar			1			1	A						
2	Ana Maria Avila Main	1031818043	10-05-2009	A+	Suba		3114487688	Sanitas			1			1	A						
3	Kalon Leyda Arevalo	1023365606	14-08-2004	O+	C. Bolivar		3195756268	Compensar			1										
4	Stefany Hara Rincon	1024508306	22-08-2008	O+	C. Bolivar		3189541471	C. Salud			1			1	A						
5	Fanny Yanalle Heredia	1010057810	19-11-2020	O+	Usme		3178173440	Compensar			3			1	A						
6	Laura Stefana Rocha	1012362795	29-11-2007	O+	Kenedy		3234091889	C. Salud			1			1	A						
7	Hector Gabriel Gamez M	1031423541	04-10-2008	O+	C. Bolivar		3243513144	S. total			1			1	A						
8	Ana Sofia Romero Rosa	1066734661	28-06-2008	A+	C. Bolivar		3102465486	N. EPS			1			1	A						
9	Fanny Sofia Navarro Cristo	1080572250	22-03-2008	O+	Kenedy		3143319331	C. Salud			1										
10	Juan Bernabe Perez Lopez	1102805214	06-01-2005	O+	Kenedy		3144298704	S. total						1							
11	Luis Fernando Angulo Diaz	1003028123	25-02-2001	O+	Usaquen		3207015620	Famisanar	1		1			1	A						
12	Laura Sofia Clavijo Reina	1013038124	01-03-2008	AB+	Soacha		3212119854	Compensar			1			1	A						
13	Beijing Stefhany Florez Garzon	1011017502	08-08-2008	O+	C. Bolivar		3212667517	C. Salud			1			1	A						
14	Juan Diego Camilo Florez	1030581708	31-10-2008	A+	Kenedy		3009798147	Famisanar	1		1			1	A						
15	Andreste Pecantero	1032680239	28-01-2008	A+	Engativa		3118168065	S. total	1		1			1	A						
16	Angel Esteban Cliff Torres	1021676731	01-02-2008	O+	S. Cristobal		3203647935	S. total			1			1	A						
17	Valeri Leal Montero	1033728940	24-11-2008	O+	Kennedy		3133236579	S. total			1			1	A						
18	Alexa Grey Tatiana Rodriguez	TI 1028288973	19-03-2008	A+	Los Molinos		3241225408	Sanitas			1			1							
19	Katerin Valeri Bolivar	25-09-2007	1150184548	O+	Usme		3206784894	Sura			1			1	A						
20	Yoinck Rodolfo Rodriguez	1010599584	12-01-2008	O+	C. Bolivar		3113945241	S. total			1			1							
21	Valery Nicole Moncada	1043674781	02-10-2007	O+	C. Bolivar		3024733000	N. EPS			1			1	A						
22	Juan Fernando Gonzalez	1033048319	16-08-2005	A+	Usaquen		3042522251	Sanitas			1			1	A						
23	Juana Vanessa Molina	1014993107	14-10-2007	O+	C. Bolivar		3157364441	C. Salud			1			1	A						
24	Juana Esteban Bautista	1016001784	08-9-06	O+	Kenedy		3212357489	S. total			1			1	A						
									3		23			22	19						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO | TOTAL

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V07 R07 021
	SIG	VERSION: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA : HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO													
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Dana Sofia Arteaga Ayala	1141716710	25-10-2008	O+	Sangil Global		3178201135	Famisanar			1			1	A						
2	Emanuel David Arteaga Ayala	1014480649	04-08-2007	O+	Fontibon		3238500499	Cosalud	1		1			1	A						
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
								TOTAL	1		2			2	2						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El lider del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

3532102
Estudios Farmaceuticos

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V08 R08 033**
	SIG	**VERSIÓN: 08**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP 2026	7:02	Luz elena Torres cordoba	52703899		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:05	Ana maria Avila Marin	1035878043		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:08	Paula Alejandra Arevalo Poveda	1023365606		HB①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:10	Estefany Alora Prado	1024508306		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:12	Karen Viviana Heredia Diaz	1010057390		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:13	laura estefania Garca Guzman	1072362795		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:15	Nicol tatiana Gomez Muñoz	1031423754		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:16	Ana Sofia Romero Acosta	1066734067		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:18	Karen Sofia Narvaez castro	1030572258		HB①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:19	Karen Yulena Gomez Florez	1102805214		V①	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

Centre Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CA...
	SIG	VERSIÓN: ...
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 0...
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	7:20	Luis Fernando Angulo Diaz	1001218123		HB①, V①, INF, TT①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:21	Laura Sofia clavijo Pena	1013038124	(AUSENTE)	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:23	Beling Stefhany Florez Guiza	1101756052		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:24	Juan Diego Carrillo Florez	1030587708	Juan Diego Carrillo	HB①, V①, INF, TT①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:25	Andres Felipe Quintana Bejarano	1032680239		HB①, V①, INF, TT①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:26	Andrea Liseth Cruz Torres	1021676737		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:27	Valerin Leal montero	1033728940	Valerin Leal M.	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:29	Alexa Greytzaluz Rodriguez Aguilar	62288973		HB①, V①	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:31	Katherin Jorelli Barbosa Baleano	1150184548		HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:32	Shanick paola Proda Castañeda	1070599504		HB①, V①	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

3537102

(2)

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
	SIG	VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	7:33	valery Nicole Franco Navas	1043674764	Valery Franco	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:34	dana fernanda camacho Rada	1033098319	Danna Camacho	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:35	Diana vanessa Martinez Barrero	1019993107	Diana Martinez	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:36	Juana Escobar Bautista	1016007174	[illegible]	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	7:37	Dana Safia Ortiz Aranda	1141776978	Safia Ortiz	HB①, V①, INF	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:06	Emanuel David Duarte Alcala	1014906464	Emanuel	Hb(1)V(1)Inf Tdp	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner